

EXPULSION ASSISTÉE DANS L'ACCOUCHEMENT PSYCHO-PHYSIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 Octobre 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roland DEBORD

Né le 30 Janvier 1927, à NEVERS (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

—
1962

EXPULSION ASSISTÉE DANS L'ACCOUCHEMENT PSYCHO-PHYSIQUE

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 30 Octobre 1962

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Roland DEBORD

Né le 30 Janvier 1927, à NEVERS (Nièvre)



LYON

Imprimerie BOSC Frères
42, quai Gailleton, 42

1962

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

Doyen Honoraire M. J. LEPINE, Membre de l'Institut.
 Doyen M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut.
 Assesseurs M. M. LEVRAT et L. REVOL.

Professeurs Honoraires : MM. COLLET, GUIART, PATEL, LEPINE, TRILLAT, MOURIQUAND,
 MAZEL, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY.

PROFESSEURS

Physiologie	MM. HERMANN.	Botanique et cryptogamie ..	MM. NETIEN.
Clinique urologique	CIBERT.	Clinique chirurgicale C ..	BERTRAND.
Physique biologique	PONTHUS (dét. à Bey- routh).	Chimie analytique pharma- ceutique	BADINAND.
Clinique neuro-psychiatri- que et hygiène mentale	DECHAUME.	Pharmacie chimique et Pharmacologie	DREVON
Thérapeutique chirurgicale et chirurgie opératoire .	ROCHET	Médecine légale et déonto- logie	ROCHE.
Chimie organique et toxi- cologie	CHAMBON.	Parasitologie et pathologie exotique	COUDERT.
Clinique chirurgicale B .	WERTHEIMER	Clinique d'oto-rhino-laryn- gologie et d'audio-pho- nologie	MOUNIER- KUHN.
Clinique médicale B	PAUPERT- RAVAULT.	Clinique ophtalmologique .	PAUFIQUE.
Clinique et prophylaxie car- dio-vasculaires	FROMENT	Clinique de dermatologie, syphiligraphie et allergo- logie	THIERS.
Clinique médicale C	CROIZAT	Clinique de pneumo-phti- siologie	BRUN
Chimie biologique et médi- cale	ENSELME	Clinique traumatologique des membres	CREYSSSEL J.
Clinique chirurgicale A ..	MALLET-GUY	Cancérologie	DARGENT.
Clinique chirurgie orthopé- dique et de chirurgie in- fantile	GUILLEMINET	Anatomie pathologique ...	GUICHARD.
Pharmacie galénique et matière médicale	REVOL	Pathologie générale et ex- périmentale	GIRARD Paul.
Clinique gynécologique ...	POLLOSSON	Anatomie	LATARJET.
Clinique obstétricale	PIGEAUD.	Pathologie chirurgicale ...	PEYCELON.
Médecine du travail	BOURRET.	Thérapeutique	GIRARD M.
Clinique médicale A	LEVRAT.	Pathologie médicale	VACHON.
Hygiène et action sanitaire et sociale	SOHIER.	Physio-pathologie des voies respiratoires	GALY.
Clinique stomatologique ..	DUCLOS	Histologie et embryolo- gie	KEHL.
Clinique médicale infantile et hygiène du premier âge	BERNHEIM.	Radiologie	PAPILLON.
Biologie médicale et phar- macodynamie	JOURDAN.	Clinique des maladies in- fectieuses	JEUNE.
		Hydrologie thérapeutique, climatologie et écologie sociale	GONIN.
		Bactériologie	MONNET.

PROFESSEURS A TITRE PERSONNEL

Physique nucléaire appliquée à la médecine	MM. BERGER.
Technologie pharmaceutique	DORCHE.
Physiologie	CIER J.-F.
Bactériologie	BERTOYE

PROFESSEURS TITULAIRES SANS CHAÎRE

Obstétrique	MM. BANSSILLON.	Pharmacie chimique et pharmacologie	MM. CIER André.
Parasitologie	ROMAN.	Chimie organique et toxicologie	PERROT L.
Physiologie	CHATONNET.		

MAÎTRES DE CONFÉRENCES AGREGES

Médecine

Anatomie pathologique ..	MM. FEROLDI.
Chimie biologique et médicale	CREYSSEL R.
Anatomie	DUROUX E.
Thérapeutique	BRETTE R.
Histologie	DUMONT L.-P.
Hygiène	THIVOLET J.
Parasitologie	GARIN J.-P.
Physique	MORET R.

Anatomie	MM. BOUCHET A.
Anatomie pathologique ..	TOMMASI M.
Hygiène	RIFFAT G.
Pathologie expérimentale ..	JOUVET M.
Hématologie	FAVRE-GILLY

Pharmacie

Botanique et cryptogamie ..	MM. ODDOUX L.
Chimie analytique	MALLEIN R.
Chimie biologique	GRAS Jean.
Physique	PEYRIN J.-O.

AGREGES EN EXERCICE

Médecine générale	MM. GUINET P.
Médecine générale	PONT M.
Médecine générale	VIGNON G.
Médecine générale	REVOL L.
Médecine générale	PLAUCHU M.
Médecine générale	TRAEGER J.
Chirurgie générale	MARION P.
Chirurgie générale	MICHAUD P.
Chirurgie générale	JAUBERT DE BEAUJEU M.
Chirurgie générale	SAUTOT J.
Chirurgie générale	GUILLEMIN Georges
Obstétrique	BURTHIAULT René
Oto-Rhino-Laryngologie ..	GIGNOUX M.
Pédiatrie	FRANÇOIS R.
Stomatologie	FREIDEL Ch.
Médecine générale	DEVIC M.
Médecine générale	DESPIERRES Charles
Chirurgie générale	DE MOURGUES Georges
Chirurgie générale	FRANCILLON Jacques
Chirurgie générale	SAUBIER E.

Dermatologie	MM. COLOMB D.
Médecine légale	COLIN M.
Médecine du travail	TOLOT Fr.
Neuro-psychiatrie	GUYOTAT J.
Neuro-psychiatrie	SCHOTT B.
Obstétrique	DUMONT M.
Ophthalmologie	BONAMOUR Georges
Urologie	DURAND L.
Médecine générale	GARDE A.
Médecine générale	PERRIN A.
Médecine générale	LARBRE Fr.
Médecine générale	MORNEX R.
Médecine générale	NORMAND J.
Chirurgie générale	MARET G.
Chirurgie générale	DESCOTES J.
Electro-radiologie	CHASSARD Jean-Louis
Neuro-chirurgie	ALLEGRE G.
Ophthalmologie	HUGONNIER René
Orthopédie	FAYSSE R.
Oto-Rhino-Laryngologie ..	GAILLARD J.
Pneumo-phtisiologie	KALB J.-Cl.

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : H. PIGEAUD ; Assesseurs : MM. MAGNIN, DUMONT et NOTTER.

La Faculté de Médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.



A LA MEMOIRE DE MON PERE ET DE MA MERE

A MA FEMME

A MES ENFANTS

A LA MEMOIRE DE MON BEAU-PERE

A MA BELLE-MERE

A MA TANTE

A MES SŒURS

A MA BELLE-SŒUR

A MES BEAUX-FRERES

A TOUS MES PARENTS

A TOUS MES CAMARADES POSTIERS

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553211_0026

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR H. PIGEAUD

Professeur de Clinique obstétricale

Il nous a fait l'extrême honneur de présider notre thèse. Durant nos stages dans son service nous avons pu apprécier la clarté et la qualité de son enseignement. Nous avons toujours été accueilli avec une extrême bienveillance.

Qu'il veuille bien accepter le témoignage de notre reconnaissance et de notre profond respect.

A NOS JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAGNIN

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUMONT

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Nous nous sommes permis de solliciter leur jugement, ce qu'ils ont accepté avec bienveillance. Nous les assurons de notre profonde gratitude.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. NOTTER

Gynécologue-Accoucheur des Hôpitaux

Il a inspiré ce travail, nous a guidé dans sa rédaction avec bienveillance et une grande patience.

Nous avons eu largement recours à l'œuvre considérable qu'il a accomplie dans le domaine de la médecine psychosomatique. Nous ne saurions assez le remercier et l'assurer de notre grand respect.

A NOS MAITRES DE LA FACULTE

A NOS MAITRES DES HOPITAUX CIVILS DE LYON

A MONSIEUR LE DOCTEUR THOMASSET

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Médecin Chef de Service à la Clinique de l'U.G.M.R.

Nous garderons toujours un excellent souvenir de l'année passée dans son service.

Qu'il trouve ici l'expression de notre grande reconnaissance et de notre dévouement.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BARDONNET

Ancien Chef de Clinique à la Faculté

Chirurgier, Chef de Service à la Clinique de l'U.G.M.R.

A MONSIEUR LE DOCTEUR FUENTE HITA

Il nous ont toujours accueilli avec bienveillance.

A NOS CAMARADES D'INTERNAT

DE LA CLINIQUE DE L'U.G.M.R.

INTRODUCTION

Durant notre stage à la Clinique Obstétricale du Professeur H. Pigeaud, nous avons été intéressé à la fois, par la préparation des gestantes à l'accouchement et par l'intégration des méthodes de dirigisme obstétrical dans les salles de travail.

Sous la direction du Professeur Agrégé A. Notter, nous avons alors entrepris ce travail, avec l'aide d'études statistiques qui avaient été établies successivement dans le service par A. Notter et C. Kadi ; H. Pigeaud, Garmier, Heughebaert et Schotte, puis par A. Baudin de Ceuninck et Van den Bruel, enfin plus récemment par A. Notter, S. Nelken, P. Hayem.

Nous avons limité notre sujet à l'assistance à l'expulsion qui comprend, non seulement l'assistance au dégagement comme elle avait été traitée par Charrier (vacuum extractor, 1957), mais également l'assistance dans l'excavation, la présentation céphalique, le plus souvent, étant au contact du plancher pelvien.

La Physiologie de l'accouchement ne peut être étudiée que chez les primipares, c'est pourquoi nos statistiques portent exclusivement sur cette catégorie de patientes. Cette primarité implique des résistances physiques : tonicité de l'isthme et du col, rigidité des muscles du périnée, en particulier des releveurs. Il faut donc superposer à l'action psychologique une action physique. Durant la dilatation, cette action physique : variation des gestes respiratoires durant la contraction, associée aux postures, à la relaxation dans l'intervalle des contractions, sert de support à l'action psychologique et suggestive nécessaire

à une bonne « performance psychologique » qui peut durer plus d'une dizaine d'heures.

Par contre, à l'expulsion, l'élément physique va devenir prédominant, puisque chez la primipare il s'agit d'une véritable « performance athlétique ». Cet élément qui a toujours été mis en avant dans les méthodes d'origine anglo-saxonne (G.-D. Read et H. Thoms) est également admis maintenant dans les méthodes soviétiques. C'est ainsi qu'on a proposé de modifier la dénomination — psycho prophylaxie — en celle de — psycho physio prophylaxie.

Notre étude se justifie donc par le fait, qu'à l'expulsion, bon nombre de primipares ne représentent pas l'accouchement idéal, tel qu'il pourrait se voir chez une primipare jeune (moins de 25 ans), n'ayant pas pris plus de 7 à 9 kilos durant toute sa grossesse, et portant un fœtus ne dépassant pas le poids de 3 kilos.

La période d'expulsion dans ces conditions excède rarement 30 minutes chez des femmes bien préparées.

Par contre si cette durée excède 30 minutes, il est fréquent de voir une fatigue se manifester, si bien que malgré l'oxygénothérapie préventive on peut avoir des hypoxies du nouveau-né, soit être conduit à des interventions, comme une application de forceps sur un fœtus qui a pu déjà être en état de moindre résistance.

Les premières statistiques établies par H. Pigeaud, Garmier, avaient ainsi montré paradoxalement un nombre plus grand de réanimations de nouveau-nés, chez une première série de femmes préparées, par rapport à une série témoin. Les femmes préparées ont en effet tendance à se fatiguer moins et à prolonger ainsi la durée d'expulsion, même en cas de dystocie au dégagement.

Par contre il paraît tout à fait légitime, comme l'a précisé H. Pigeaud, de faire une assistance au dégagement, d'autant plus que cette assistance peut se faire sans anesthésie et solliciter en quelque sorte mieux les forces expulsives de la parturiente.

Nous voulons dans cette thèse montrer qu'on peut, tout en laissant sa pleine conscience à la patiente, lui réduire les forces de résistance périnéale par l'épisiotomie prophylactique sous anesthésie locale. On peut également aider l'expulsion sur une tête au tiers inférieur de l'excavation, mais non encore au dégagement, par une application de forceps sous anesthésie locale, à condition d'employer un forceps adapté à cette expulsion assistée : forceps de Hubert-Gilles (de Toulouse), ou le forceps de Suzor (de Paris) ; enfin on peut facilement solliciter l'expulsion de la tête au dégagement par le vacuum extractor. Nous n'envisagerons que l'accouchement eutocique éliminant la présentation du siège ou du sommet défléchi en face ou en front.

Nous suivrons donc le plan suivant :

1° Rappel succinct de la préparation psycho-physique et de l'assistance en salle de travail.

2° Statistiques des primipares de la clinique Obstétricale, commentaires thérapeutiques et comparaison avec une statistique de clientèle privée.

3° Le dégagement assisté au vacuum extractor.

4° L'épisiotomie sous anesthésie locale et discussion comparative de l'intérêt de ces deux dernières techniques.

5° Le forceps sous anesthésie locale.

CHAPITRE I

RAPPEL SUCCINCT DE LA PREPARATION PSYCHO-PHYSIQUE ET DE L'ASSISTANCE EN SALLE DE TRAVAIL

L'accouchement psycho-physique est un accouchement naturel obtenu grâce à une double action.

a) — une action verbale et de présence du personnel comprenant elle-même deux parties ;

— la préparation proprement dite avec ses trois éléments : pédagogiques, éducatifs physiques, éducatifs psychologiques ;

— le « dirigisme obstétrical » durant le travail.

b) Une action psycho-physique personnelle de la gestante se « préparant », puis « accouchant » grâce aux procédés surtout respiratoires et à la relaxation, dans une « ambiance suggestive » appropriée.

Les moyens naturels psycho-physiques ainsi exploités chez la gestante doivent permettre un contrôle total de la sensibilité douloureuse par la parturiente. L'accouchement est alors obtenu sans anesthésique, en particulier pour la période de l'expulsion, mais cela nécessite la direction constante d'un personnel averti, disposant éventuellement de moyens médicamenteux : accouchement dirigé, oxygéné-thérapie artificielle.

La préparation comprend tout d'abord, au départ, une action psychologique de masse, sur toutes les gestantes qui sont convoquées lors de leur première visite à une séance de projection sonore d'un film en couleurs, sur les données de la grossesse et de l'accouchement, à laquelle fait suite un colloque avec un médecin gynécologue assistant du service.

Ensuite des séances auxquelles sont convoquées les primipares par groupe de 8 à 10 durant les deux derniers mois de la grossesse. La préparation comporte six séances à raison d'une heure par semaine, avec la codification suivante proposée par H. Pigeaud et A. Notter. Au cours de cette heure :

— LE PREMIER QUART D'HEURE est consacré à la partie pédagogique, faite alternativement par une des sages-femmes du service, ce qui a l'avantage de mettre les gestantes en contact avec l'une des personnes qui les entoureront lors de l'accouchement.

— LE DEUXIÈME QUART D'HEURE est rempli par les exercices spirométriques et respiratoires (apnée en inspiration forcée et respiration haletante en ce qui concerne la période d'expulsion).

a) *Les exercices spirométriques* sont réalisés à l'aide du spiromètre à eau C.A.R. Les gestantes, installées confortablement assises devant les spiromètres, par 2 ou 3, soufflent en même temps sous la direction de la monitrice sage-femme, laquelle doit utiliser des phrases qui seront répétées lors de l'accouchement et fortifient ainsi le foyer d'excitation corticale. Les résultats obtenus sont notés sur des fiches individuelles.

b) *L'apnée en inspiration forcée* fait suite aux exercices précédents. La gestante qui vient d'apprendre à mieux ventiler son poumon, va garder une inspiration forcée ; la monitrice scande les secondes à haute voix pour

stimuler la patiente à garder son souffle jusqu'à 35 secondes. Cette dernière limite vise à éviter une anoxie dangereuse.

c) *La respiration haletante.* Elle réalise une véritable apnée active, limitée à 35 secondes comme l'apnée en inspiration forcée ; c'est ce rythme qui a été comparé par H. Thoms au halètement du chien.

Sont exclues des séances respiratoires les pulmonaires, les cardiaques, les menaces d'accouchement prématuré. Ces rares gestantes sont engagées à venir aux séances psychologiques et éducatives. On pourra d'ailleurs leur démontrer, avec statistiques précises (Egrou, thèse Lyon, 1956) que le repos prolongé auquel elles sont astreintes leur facilite la dilatation et l'accouchement dans la majorité des cas.

— LE TROISIÈME QUART D'HEURE est consacré à l'étude des cures posturales les plus appropriées aux deux temps de l'accouchement. En ce qui concerne l'expulsion, la répétition ne doit se faire que dans les deux dernières semaines précédant l'accouchement ; en effet elle comprend l'effort de poussée abdominale et de relâchement périnéal : flexion abduction des cuisses, contraction des abdominaux, extension et traction des avant-bras sur les bras, flexion du cou en avant.

— LE DERNIER QUART D'HEURE est consacré à la relaxation. Les femmes s'entraînent suivant une technique dérivée à la fois de Read et de Jacobson. Les monitrices apprennent aux gestantes à pratiquer la détente musculaire progressive, après contraction active et successive de tous leurs groupes musculaires.

Cette préparation à l'accouchement présente un intérêt psycho-somatique certain : nous noterons tout d'abord l'influence psychologique du personnel assistant à l'accouchement. Nous savons déjà qu'il s'agit de personnes ayant participé à la préparation, la parturiente sera moins

« dépaylée ». D'autre part les centres moteurs cérébraux des nombreux muscles striés sont mis en action pour concourir à l'expulsion et surajoutent leur effet synergique aux centres volontaires respiratoires pour effacer complètement, ou du moins atténuer considérablement, la correspondance douloureuse utérine ou périnéale. Cette action corticale est à son maximum durant la respiration haletante qui ajoute à ses effets physiques de déblocage diaphragmatique, ceux d'un foyer d'excitation cérébrale suffisant pour transformer psychiquement la période du dégagement.

Autrefois appelée par Demelin période des douleurs « concassantes » périnéales, cette phase de l'accouchement est réputée, pour les parturientes bien préparées au point de vue respiratoire, comme la plus anodine, voire même agréable, par le fait qu'elles se sentent enfin aidées, lors des manœuvres manuelles de l'obstétricien. C'est ce qui explique le succès du vacuum extractor, dans ces manœuvres du « dégagement assisté » de H. Pigeaud, s'il y a arrêt de la progression bien entendu.

Enfin, en salle de travail, il sera pratiqué une oxygénothérapie systématique durant l'expulsion, dans l'intervalle des efforts de poussée, les antispasmodiques type spasalgine, buscopan, palérol seront efficacement utilisés dès l'arrivée de la parturiente et durant la période de dilatation.

CHAPITRE II

STATISTIQUES DE PRIMIPARES DE LA CLINIQUE OBSTETRICALE DU PROFESSEUR H. PIGEAUD.

COMMENTAIRES THERAPEUTIQUES ET COMPARAISON AVEC UNE STATISTIQUE DE CLIENTELE PRIVEE

— *Statistique de gestantes préparées à la Clinique
Obstétricale en 1957 et 1958 :*

Nombre total d'accouchées	5894
Nombre de gestantes préparées ..	565
Nombre de primipares préparées ..	505
Nombre de multipares préparées ..	60
Nombre de vacuum extractor chez les primipares	169 soit 32 %

— *Statistique de gestantes préparées à la Clinique
Obstétricale de 1959 à 1961 :*

Nombre total d'accouchées	9023
Nombre de gestantes préparées ..	1405
Nombre de primipares préparées ..	1350
Nombre de multipares préparées ..	55
Nombre de vacuum extractor chez les primipares	1030 soit 75 %

On peut tenter un terme de comparaison avec les statistiques établies en clientèle privée. En effet, les

méthodes psycho-somatiques d'accouchement permettent des points de comparaison, surtout valables sur un plan en quelque sorte affectif ; or le milieu hospitalier crée des conditions d'application beaucoup plus difficiles et d'appréciation également différentes de celles qu'on trouve dans le milieu privé et il nous a donc paru intéressant de mettre en comparaison les statistiques d'assistance à l'expulsion, réalisées après une préparation psycho-physique exactement superposable : on apporte ainsi la statistique de A. Notter (*Lyon Médical*, à paraître).

— *Statistique concernant l'expulsion de 379 primipares préparées et recueillies en série continue durant cinq années, de 1957 à 1961 :*

Nombre de primipares préparées ..	379
Nombre de vacuum extractor	43 soit 11 %
Nombre d'épisiotomies	142 soit 36 %
Nombre de forceps sous anesthésie locale	12 soit 3,3 %

Il ne nous a pas été possible d'apporter des éléments aussi précis que nous l'aurions voulu en ce qui concerne les statistiques. Les éléments de comparaison sont en effet très difficiles à établir et il aurait fallu disposer de séries témoins dont nous n'avons pas pu prendre connaissance. Nous apportons cependant des résultats valables, étant entendu qu'aucun accident n'a été noté, aussi bien dans les suites de couches maternelles que dans les suites de couches fœtales.

CHAPITRE III

LE DEGAGEMENT ASSISTE AU VACUUM EXTRACTOR

Si la progression de la présentation n'est pas constante à chaque poussée efficace des abdominaux en synergie avec la contraction utérine, on peut recourir à une injection intra-musculaire de deux unités de Syntocinon et de 0,10 g de Sulfate de Sparteine, en y associant une oxygénothérapie à 6 litres par minute dans l'intervalle des contractions.

Mais si l'arrêt de la progression persiste après injection d'ocytociques, il faut réviser la situation, soit au point de vue régularité de la présentation : arrêt de la tête, avec occiput en position transverse ou postérieure, soit au point de vue résistance périnéale s'opposant à l'hyperflexion préliminaire au dégagement. Dans ce dernier cas on peut accroître les forces expulsives par le dégagement assisté au vacuum extractor, tel que le préconise H. Pigeaud.

Nous noterons tout d'abord que l'emploi de la ventouse eutocique de Couzigou n'a pas été sans rencontrer légitimement des réticences au début de son emploi en 1947. En effet cet appareil s'appliquant directement sur le cuir chevelu fœtal n'était pas sans analogie avec le « Willets clamp » (pince de Willet), exclusivement employé dans les pays anglo-saxons sur enfant mort, pour faire compression sur un placenta bas inséré par exemple.

T. Malmström allait apporter des perfectionnements décisifs avec l'usage de deux cupules métalliques, emboîtées l'une dans l'autre, avec une surface métallique de

contact de 1 cm de large pour une circonférence de 4 cm environ pour une ventouse moyenne. Le tracteur est constitué par une chaînette se terminant par une poignée, la dépression est réalisée par une pompe fixée à la ventouse par un tuyau souple et relié au flacon avec une pompe à vide munie d'un manomètre gradué en 1/10 d'atmosphère. Il faut, comme ces auteurs, rejeter formellement toutes indications autres que celle survenant sur une tête apparaissant à la vulve, pour réaliser le « dégagement assisté » suivant l'expression de H. Pigeaud.

L'application est faite uniquement sur le sommet fléchi en occipito-antérieure, droite ou gauche, avec une ventouse de grand diamètre. En effet, comme l'a précisé H. Pigeaud dans la thèse de Charrier, l'occipito-postérieure est une contre-indication à l'emploi de la ventouse. A. Notter signale dans sa statistique de clientèle privée deux dérapages dans ces conditions, la bosse séro-sanguine qui existait préalablement au vacuum extractor ayant induit en erreur sur le diagnostic exact de la présentation. Le flacon dépresseur doit être placé au pied du lit pour que le manomètre soit visible de l'opérateur, permettant ainsi de vérifier que la dépression n'excède pas 7/10 d'atmosphère.

Les tractions sont exercées après une attente suffisante, trois minutes au minimum et après inspection des parties molles du vagin ou de la vulve, pour s'assurer qu'il n'a pas été fait d'introduction intempestive dans la ventouse et éviter ainsi un délabrement. Ces tractions sont exercées vers le bas suivant l'axe ombilico-coccygien pour aider à l'hyperflexion de fin de descente et ceci en synchronisme avec les efforts expulsifs de la parturiente. A noter qu'une traction intempestive aboutirait simplement au décollement de la ventouse.

Dans le cas habituel, la fin de descente est puissamment aidée par le vacuum extractor et en trois ou quatre contractions la fixation se trouve bien réalisée avec le sous-occiput bien fixé au sous-pubis.

Sans pouvoir donner de renseignements numériques précis, la fin de la descente se trouve raccourcie de 10 à 15 minutes environ.

Au moment où commence le dégagement, la main gauche saisit la tige de l'extractor à son origine, tandis que la main droite soutient le périnée freinant la déflexion. La main gauche, à l'aide du vacuum extractor, dirige le dégagement, imprimant à volonté à la présentation des mouvements d'hyperflexion, d'asynclitisme ou de déflexion et naturellement, aidée de la main droite, donne une impression de très grande sécurité. Le vacuum extractor facilite incontestablement le contrôle de la déflexion, tandis que des petits mouvements d'asynclitisme facilitent le passage de la tête dans l'orifice vulvaire.

Résultats statistiques.

Dans la statistique de la Clinique Obstétricale (Pr H. Pigeaud), portant sur les années 1957-1958, on note que 169 vacuum extractor ont été pratiqués chez les 505 primipares préparées, soit un pourcentages de 32 %.

Dans la statistique du même service, portant sur les années 1959-1960-1961, 1.350 primipares ont été préparées et il a été pratiqué 1.030 vacuum extractor, soit un pourcentage de 75 %.

Ces deux données numériques suffisent sans commentaires à faire comprendre le succès remporté par cette méthode.

Dans la statistique de clientèle privée du Professeur Agrégé A. Notter, sur 379 primipares préparées pendant les années 1957 à 1961, on note 43 vacuum extractor, ce qui représente un pourcentage de 11 %.

Avantages de cette méthode.

Sur le plan psycho-somatique, le vacuum extractor est très bien accepté dans l'ensemble ; certaines patientes

réclament même cette intervention comme l'a noté A. Notter dans cinq observations.

Cette intervention est surtout intéressante chez la primipare préparée psycho-physiquement ; ces dernières sont reconnaissantes au gynécologue de l'aide apportée sans avoir recours à l'anesthésie, ce qui leur conserve le bénéfice d'une expulsion en pleine conscience.

Les résultats sont toujours satisfaisants pour l'enfant, les seuls incidents étant la bosse séro-sanguine circulaire disparaissant spontanément en 48 heures. Parfois fait suite un céphalématome, comme après un accouchement spontané (6 % des cas).

Enfin pour l'opérateur la technique en est simple et on peut très efficacement réaliser les différentes nuances des manœuvres de la tête, en particulier d'asynclitisme, avec le tracteur de la ventouse.

Inconvénients de la méthode.

Il est beaucoup plus difficile de faire usage du vacuum extractor chez les primipares non préparées, ce qui limite son emploi. En effet, ces dernières parviennent rarement au stade du dégagement avec un calme suffisant pour qu'on puisse appliquer le vacuum extractor.

L'application du vacuum extractor provoque des déchirures périnéales simples dans un pourcentage de cas non négligeable (23 % dans la thèse de Charrier).

Il est vrai que pour pallier cet inconvénient, on peut y associer l'épisiotomie unilatérale prophylactique.

R. Lyonnet et J. Verrier ont insisté récemment sur deux accidents mortels, après hémorragie méningée, chez deux enfants extraits par vacuum extractor. L'un et l'autre étaient des prématurés, l'un chez une tuberculeuse pulmonaire, l'autre au cours d'un accouchement gémellaire.

Les auteurs insistent à juste titre sur les quatre points suivants :

1° L'appareillage est assez complexe avec une tuyauterie.

2° La ventouse peut léser le cuir chevelu de l'enfant par son bord externe, provoquant exceptionnellement une couronne d'alopécie au niveau du point d'impact de l'instrument.

3° Elle déterminerait fréquemment un céphalhématome par décollement primitif du périoste.

4° Chez les enfants à crâne petit ou peu ossifié, la ventouse risque de déborder l'os.

Les auteurs insistent donc sur le fait que la ventouse n'est pas une panacée et ne peut en réalité suppléer le forceps que dans ses applications les plus basses.

R. Lyonnet et J. Verrier concluent enfin avec Lantuéjoul sur la nécessité de recourir au forceps sur les têtes de prématurés, sur lesquelles, si la prise est correcte, ils réalisent une « sorte de casque protecteur ».

Dans deux observations seulement, A. Notter a signalé un céphalhématome pariétal droit. Le pourcentage de céphalhématomes ne paraît donc sensiblement pas augmenté par rapport aux accouchements spontanés *chez la primipare*.

Sur ce point-là, nous ne partageons pas le pessimisme des auteurs cités mais nous remarquons que l'emploi du vacuum extractor a toujours été limité aux fœtus à terme chez des femmes préalablement préparées.

Le vacuum extractor a fait l'objet également de communications de la part de seize nations différentes, aussi bien anglo-saxonnes que latines, au Congrès de Vienne en 1961, et n'a donné lieu qu'à des commentaires favorables dans l'ensemble.

CHAPITRE IV

L'ÉPISIOTOMIE UNILATÉRALE SOUS ANESTHÉSIE LOCALE

Nous avons vu précédemment que si l'arrêt de la progression persiste après injection intra-musculaire d'ocytociques, il y a lieu de réviser la régularité de la présentation et d'apprécier une éventuelle résistance périnéale s'opposant à l'hyperflexion préliminaire au dégagement. Dans ce dernier cas il y a lieu de réduire cette résistance parfois « à la demande » alors que s'amorce une déchirure médiane, ou que les tissus dangereusement distendus présentent la teinte blanchâtre préanoxique, en pratiquant une épisiotomie unilatérale sous anesthésie locale.

L'opportunité de cette intervention peut se discuter, surtout si elle est pratiquée « à la volée » au cours d'un accouchement traditionnel, sur une patiente analgésiée « à la reine » par une anesthésie en inhalation ; en effet, la suture consécutive aux crins passés rapidement à l'aiguille d'Emet est bien plus facile et plus sûre, sur une déchirure simple du périnée, mais il faut craindre la réalisation toujours possible d'une déchirure complète du sphincter de l'anus et parfois de la muqueuse rectale, non pas seulement au passage de la tête, mais surtout à celui des épaules, dont on ne peut prévoir à l'avance les dimensions du diamètre bi-acromial.

Quelques gynécologues obstétriciens américains pratiquent presque systématiquement l'épisiotomie prophylactique chez la primipare ; il y a là une exagération de

l'emploi de cette méthode. A Notter a pratiqué chez 379 primipares préparées 142 épisiotomies, soit dans 36 % des cas.

La technique de cette intervention codifiée par A. Notter d'après celle d'Eastman comprend :

a) L'installation, si possible, de la parturiente sur un gynécostat d'expulsion, par exemple celui réalisé par A. Notter. Ce dernier gynécostat a été présenté par le réalisateur en 1958 à la Société d'Obstétrique et de gynécologie de Lyon. Nous noterons au passage que celui-ci peut se transformer facilement en lit d'intervention.

b) L'anesthésie locale à la xylocaïne :

10 cm³ de xylocaïne à 1 % sont injectés sur le trajet de l'incision en plaçant un doigt dans la cavité vaginale, pour éviter toute pénétration de l'aiguille dans la présentation fœtale. Les différents plans sont injectés lentement et successivement jusqu'au point d'émergence du nerf honteux interne, au niveau de l'épine sciatique, en cas d'application concomitante de forceps en bas de l'excavation.

Pour éviter la première piqure douloureuse lors de la pénétration de l'aiguille dans l'épiderme on pourra utiliser avec avantage le dermo-jet de Krantz. On choisit également pour celle-ci le moment d'un effort de poussée expulsive, la patiente étant sous masque demi-étanche d'oxygénothérapie, au moment de la dérivation volontaire d'attention d'une part et de la distension vulvaire d'autre part.

c) On réalise ensuite l'épisiotomie proprement dite, au moment d'un effort d'expulsion si possible, lorsque le périnée bombe à cette occasion. Elle est soit latérale, soit médiane et consiste en une section franche de 2 à 3 centimètres aux ciseaux le plus souvent, au bistouri le cas échéant.

d) La suture immédiate des plans profonds après le

dégagement : afin de profiter de l'insensibilisation de l'anesthésie locale de l'épisiotomie, la délivrance a pu être « dirigée » suivant la technique de 2 unités de syntocinon intra-musculaire au dégagement de la tête, ou de l'ampoule de méthergin intra-veineuse au dégagement des épaules, sinon un champ stérile est enfoncé dans le vagin enveloppant le cordon ombilical.

Le liquide amniotique, le sebum ou les débris de caduque qui auraient pu rester dans les lèvres de la plaie sont soigneusement épongés, car on a noté des endométrioses consécutives de la cicatrice vaginale, avec dyspareunie, dans les suites éloignées (P. Bertrant, J. Brunotte, O. Gudin, Roman).

Il faut donc rejeter aussi bien l'aiguille de Reverdin que l'aiguille d'Emet de gros calibre. Le muscle doit être suturé, comme la muqueuse, à l'aide d'aiguilles triangulaires courbes ou demi-courbes n° 6 munies de chas à ressort, montées du catgut 0. Pour le derme nous donnons la préférence à l'aiguille courbe de 80/100 demi-cercle de 50 mm à pointe ronde non traumatisante « sertie » de catgut 00 chromé (40 cm de longueur).

La suture sera toujours commencée en repérant d'abord l'angle profond des deux lèvres de la plaie vaginale, qui sera suturée par un surjet jusqu'à son union avec la grande lèvre. Les deux chefs du catgut sont alors conservés pour être amarrés avec des pinces de Kocher et servir de tracteurs afin de bien réparer symétriquement l'épisiotomie. Le muscle est ensuite suturé par des points en X à la façon d'un capitonnage partant de la profondeur, ne laissant pas d'espaces morts favorables à l'hématome et rapprochant les deux lèvres de l'épisiotomie jusqu'à la région sous-dermique (3 à 5 aiguilles de catgut suffisent en général), avec point en X pratiqués avec la pince porte-aiguille. Le catgut ordinaire peut suffire ou catgut chromé 0 et 00.

e) La suture intra-dermique :

Utilisant l'aiguille semi-circulaire sertie de catgut chromé 00, reprendre la région de la grande lèvre au niveau des deux chefs de catguts terminant la suture de la muqueuse vaginale. Après avoir débuté en surjet, dont le petit chef amarré d'une pince de Kocher repère la région vulvaire, utiliser le procédé d'aller et retour décrit par Usandizaga (thèse de Waysbort). On fait un surjet de haut en bas en utilisant les tissus sous-dermiques de 5 mm en 5 mm, puis on fait un dernier surjet intra-dermique de bas en haut en veillant au rapprochement soigneux avant de nouer les deux chefs au niveau de la vulve.

15 à 20 minutes sont nécessaires. Enfin il y a lieu de faire toujours une injection intra-musculaire de Pénicilline locale.

Avantages de cette méthode.

a) Tranquillité et sommeil calme pour l'accouchée, grâce à la suture intra-dermique qui évite la réaction douloureuse secondaire.

b) Il n'existe pas de parésie vésicale ou rectale réflexe.

c) Les soins du siège sont facilités pour le personnel soignant.

d) Le lever précoce est possible le deuxième jour, jambes pendantes, assises à côté du lit les troisième et quatrième jours, le tour du lit le cinquième jour, toutes activités impossibles, bien entendu, avec les techniques transfixiant la peau.

e) Au point de vue psycho-prophylactique, les accouchées ne font pas de restriction pour une future naissance et acceptent d'avance l'éventualité de cette intervention.

Inconvénients de la méthode.

La désunion secondaire : 7 cas sont notés dans la statistique de A. Notter, soit un pourcentage de 2,8 %. Le traitement consiste simplement en la réunion avec de larges agrafes, réalisant une périnéorraphie secondaire au lit même de l'accouchée.

En conclusion :

Le point de vue de l'accouchée semble être la meilleure conclusion à apporter à cette pratique. En effet celle-ci accepte d'emblée l'éventualité de cette intervention en cas de naissance future. Notter a noté une seule femme ayant fait des restrictions et il s'agissait d'une femme spécialement anxieuse.

Discussion en ce qui concerne l'assistance à l'expulsion, soit par la sollicitation des forces expulsives avec le vacuum extractor, soit en diminuant les forces de résistance périnéale par l'épisiotomie.

Les deux points de vue peuvent se défendre. Il est certain que la ventouse est mieux acceptée des parturientes que l'épisiotomie. Cela correspond au point de vue psychique particulier suivant :

Dans les pseudo-névroses d'anxiété, plus que d'angoisse, les résurgences des peurs infantiles ramènent à l'esprit des parturientes, le complexe d'éclatement ou de déchirure.

Elles sollicitent souvent elles-mêmes l'application de la ventouse en ayant eu des échos en général favorables par les autres accouchées. D'autre part, pour le personnel médical peu familiarisé avec les techniques de chirurgie esthétique, il est plus facile de réparer une déchirure simple par la transfixion classique aux crins, ou par catgut et agrafes, que de pratiquer une résection d'épisiotomie, délicate à effectuer avec des catguts sertis. Les inconvénients, par contre, résident dans le fait qu'il y a tout de même une bosse séro-sanguine, qui dans certains

cas entraîne une inquiétude maternelle non justifiée. L'inconvénient majeur réside surtout dans le fait que les conditions psycho-physiques sont beaucoup plus troublées quand il y a une suture classique, qui entraîne les troubles suivants qui ont été bien décrits par A. Notter.

— L'anesthésie générale, qu'il est quelquefois nécessaire de pratiquer, laisse chez les accouchées une impression de défaite au point de vue prise de conscience de leur déagement.

— Des sensations très pénibles sont assez souvent ressenties dans les six jours qui suivent l'épisiotomie classique : 35 % des femmes décrivent des impressions de déchirures et de brûlures de l'épiderme, presque permanentes, ou du moins réveillées au moindre mouvement.

— 15 % des femmes accusent des parésies ou brûlures à la miction avec rétentions d'urines.

— 45 % des femmes appréhendent l'ablation des crins et agrafes ; ce souvenir douloureux, qui a imprégné le subconscient de ces femmes, réapparaît dans les conversations avec les futures accouchées, à l'occasion d'une nouvelle maternité et même entraîne parfois le refus d'une nouvelle maternité. L'épisiotomie prophylactique à la demande est souvent bien acceptée des patientes si on leur démontre qu'elle sera faite sans aucune douleur, après anesthésie locale et surtout si on insiste sur le fait qu'on rendra indolores les suites de cette épisiotomie, par une technique appropriée au catgut serti. Il faut insister auprès des parturientes sur l'impossibilité qu'elles ont souvent d'avoir une idée exacte des conditions de ces sutures d'épisiotomie, par les récits qu'elles ont pu en avoir de leur mère ou de leurs amies.

L'inconvénient de ces épisiotomies réside surtout dans le fait qu'elles exigent une technique éprouvée de suture et une durée de 15 à 20 minutes par rapport à la suture classique aux crins ou agrafes qui peut se pratiquer « à la volée » en quelques minutes.

Il est difficile de départager les deux points de vue. Il semble cependant que l'épisiotomie réduit de façon considérable le pourcentage d'applications de vacuum extractor et surtout le risque, non négligeable, d'extension toujours possible d'une déchirure simple en déchirure complexe, quelle que soit l'habileté de l'opérateur, en face de certaines anomalies morphologiques de l'anneau vulvaire, comme Musset y a bien insisté.

En ce qui concerne la déchirure périnéale simple ou complète, la suture fine aux catguts sertis peut être également pratiquée, mais avec plus de difficultés, en raison des bords plus ou moins dilacérés de la plaie.

Enfin, la suture intra-dermique devient pratiquement impossible sur la ligne médiane, en raison de l'intime adhérence de l'épiderme sur le derme au niveau du raphé médian. On peut y pallier en suturant la peau elle-même à l'aiguille sertie de catgut 00. On rejoint ainsi les avantages psychosomatiques de la suture d'épisiotomie.

CHAPITRE V

LE FORCEPS SOUS ANESTHESIE LOCALE

L'application de forceps sous anesthésie locale est réservée aux applications de forceps au tiers inférieur de l'excavation.

Cette intervention a été pratiquée après infiltration périnéale profonde de 10 à 20 cc de xylocaïne, en employant la technique d'Aburel. Ce dernier conseille en effet d'infiltrer le périnée suivant les 6 directions dessinées par la lettre H ; 2 à 4 cc sont utilisés suivant l'épaisseur des parties molles sur la commissure postérieure de la face à anesthésier, le noyau central pelvien du périnée et l'espace vagino-rectal, puis infiltration d'un doigt de contrôle sur la paroi vaginale.

Le forceps à utiliser est soit celui de Hubert-Gilles, de Toulouse, soit celui de Suzor, de Paris. Le forceps de Hubert-Gilles est léger et facile à utiliser sur la patiente non anesthésiée complètement. Il s'agit d'un forceps à branches parallèles de 500 grammes de poids (le forceps de Tarnier pèse 1200 g) dont les cuillers très fines sont introduites facilement et séparément sans tenir compte de la position de la tête. En deux à cinq tractions modérées la tête peut ainsi être amenée à l'expulsion complète, les tractions étant réalisées au moment même des poussées volontaires de la parturiente.

Cette intervention est pratiquée par A. Notter. Dans sa statistique portant sur les années 1957 à 1961, 12 applications de forceps sous anesthésie locale ont été pratiquées sur un total de 379 primipares préparées, ce qui repré-

sente un pourcentage de 3,3 % : 8 sur OIGA ; 2 sur OIDA ; 2 sur OIDP après échec du vacuum extractor.

Il n'existe pas d'inconvénient ni pour la parturiente, ni pour l'enfant et il n'a pas été noté d'accident ou même d'incident dans cette technique. Les patientes ont été heureusement surprises de la facilité d'application d'un instrument réputé jusque-là pour elles comme redoutable ; aucune sensation douloureuse n'a été rencontrée. Nous pouvons dire que psycho-somatiquement le résultat a été excellent. Nous noterons enfin qu'en ce qui concerne les deux applications, faisant suite à un dérapage du vacuum extractor, sur deux sommets en occipito postérieurs, les deux patientes ont gardé leur calme et tout s'est déroulé normalement. Ces deux patientes avaient été préparées psycho-physiquement.

CONCLUSIONS

1° La statistique hospitalière (Clinique obstétricale) établie durant cinq années, de 1957 à 1961, comprend 1.855 primipares préparées psycho-physiquement. Dans 1.199 observations on a pratiqué un dégagement assisté à l'aide du vacuum extractor, soit 64 %.

2° Nous rapportons par ailleurs une statistique privée (A. Notter) se référant à 379 primipares préparées en même temps et suivant les mêmes principes.

Dégagements assistés à l'aide du vacuum extractor 43, soit 11 %.

Episiotomies prophylactiques sous anesthésie locale 142, soit 36 %.

Applications sous anesthésie locale du forceps de Hubert-Gilles 12, soit 3,3 %.

3° Les résultats ont été excellents pour l'enfant. Tous les enfants sont nés vigoureux et on note simplement 6 % de céphalhématomes.

4° Pour la mère on a noté un certain nombre de déchirures simples du périnée, 23 %, la pratique des sutures intra-dermiques rendant ces incidents sans grande importance réelle.

5° On souligne l'intérêt qu'il y a, au point de vue de la psycho-prophylaxie, à ajouter à la préparation à l'accouchement et à la poursuite d'une psycho-thérapie efficace au cours du travail, l'assistance à l'accouchement, en particulier au moment de la période d'expulsion.

Vu :

Le Doyen,
H. HERMANN

Vu :

Le Président de la Thèse,
H. PIGEAUD.

Vu et permis d'imprimer : Lyon, le 5 Octobre 1962.

LE RECTEUR, PRÉSIDENT DU CONSEIL DE L'UNIVERSITÉ,
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

- BAUDIN (A.). — La préparation à l'accouchement dans son contexte physique et psycho-social. *Thèse*, Lyon 1960.
- BANSILLON (E.) et NOTTER (A.). — Accouchement sans douleurs ? *Lyon Médical*, 194, 21, 433.
- CHARRIER (J.). — L'accouchement assisté à l'aide du vacuum extractor ; 200 observations recueillies en série chez des primipares au cours d'accouchements eutociques. *Thèse*, Lyon 1956.
- CHERTOK (L.). — Les méthodes psycho-somatiques d'accouchement sans douleurs. *L'Expansion Scientifique Française*, 1957. Edition Paris.
- DECHAUME (J.). — Psychothérapie et psychoprophylaxie. *Journal Méd. Lyon*, 1950, 850, 441.
- HEARDMAN (H.). — Physiotherapy in obstetric and gynecology (includend education for childbirth). 229 p., 1951. E. et S. Living-Stone, Edinburgh.
- LAMAZE (F.). — Qu'est-ce que l'accouchement sans douleurs ? Ed. La Farandole, Paris 1956, p. 92.
- MALMSTRÖM (T.). — Vacuum extractor statistical report 1952-1960. 3^e Congrès mondial de Vienne, *Fédération Internationale de gynécologie et d'accouchement*. 1^{er} volume des rapports du congrès, p. 47, 1961.
- NIXON (W.-C.-W.). — Préparation psycho-somatique de l'accouchement. *Proc. Royal. Soc. of Méd. London*, 1954, 47, 385.
- NICOLAIEV (A.-P.). — La méthode psycho-prophylactique de l'accouchement sans douleur. Principe de théorie et de pratique. *Gaz. Hôp.*, 1954, 7, 1130.

- NOTTER (A.). — Préparation psycho-somatique à l'accouchement naturel. *J. Méd. de Lyon*, 1955, 844, 153.
- Intérêt des données numériques de la pneumo-spirométrie dans la préparation psycho-physio-thérapique des gestantes à l'accouchement. In *Analgésie psychologique en obstétrique*. Pergamon Pres., 1959, London, édit. Paris.
 - Place et limites de la physiothérapie dans l'accouchement psycho-prophylactique. *Rev. Lyon. Méd.*, 1960, n° 3, p. 187-195.
 - Intérêt de la relaxation durant la gestation et l'accouchement. *Rev. Méd. Psycho-somatique*, 1960, n° 2, p. 209.
 - L'action psychologique suggestive commune à toute méthode psycho-physio-thérapique obstétricale (1500 obs.). In *J. Méd. Lyon*, n° 911, p. 1093-1110, 1958.
 - Gynécostat d'expulsion pour l'accouchement psycho-physique. *La Presse Méd.*, 1959, n° 13, p. 535.
 - Action de l'oxygénothérapie à concentration élevée sur le muscle utérin en travail. *Gyn. Obst.*, 1957, 2, 170.
 - Aspects actuels de la psycho-prophylaxie obstétricale en Russie, Ukraine et Pologne. *Lyon Méd.*, 1961, n° 45, p. 957-998.
 - Suture intradermique des Episiotomies. *La Presse Méd.*, 1960, n° 16, p. 611.
- NOTTER (A.) et BERTRAND (M.). — Physiologie comparée des conditions de parturition chez la femme et les grands mammifères. Conséquences pratiques pour l'accouchement psycho-physique. *Lyon Méd.*, n° 35, août 1960, p. 341-361.
- NOTTER (A.), NELKEN (S.), HAYEM (P.). — Intégration des méthodes psycho-somatiques d'accouchement dans le cadre du nouvel accouchement dirigé. 1^{er} *Congrès international psycho-somatique et maternité*, Paris, 10 juillet 1962, à paraître.
- PIGEAUD (H.). — Notre pratique de l'accouchement dirigé. *Gyn. Obs.*, 1957, n° 3, 275.
- Les douleurs dans la physiologie de la contraction utérine. 1^{er} *Congrès de Médecine Psycho-somatique et maternité*. 10 juillet 1962, à paraître.
- PIGEAUD (H.) et NOTTER (A.). — Préparation psycho-physio-thérapique à l'accouchement dirigé. Organisation des séances en milieu hospitalier. *Presse Médicale*, 1956, 21, 481.
- PIGEAUD (H.), GARMIER (R.), HEUGHEBAERT (R.) et SCHOTTE (J.-P.). — Premiers résultats de l'application des méthodes psycho-physio-thérapiques préparatoires à l'accouchement. *Revue Franç. Gyn. Obst.*, 1956, 5, 6, 1.

- PIGEAUD (H.) et DUMAS (B.). — Les antispasmodiques par voie intraveineuse chez les primipares au début du travail (nouvelle contribution à l'accouchement dirigé). *Rev. Franç. de Gyn. et Obst.*, 1960, 6, 398.
- ROSA (P.) et GHILAIN (A.). — Influence de l'obstétrique rationnelle sur la fréquence des césariennes, les extractions instrumentales et la mortalité fœtale. Communication à la Soc. Royale Belge de Gynécol. et d'Obstétrique. Séance du 10 janvier 1959. In *Bull. de la Soc. Bruxelles*, 1960, tome 29, p. 89.
- VERRIER (J.) et LYONNET (R.). — L'application du vacuum extractor est-elle toujours sans danger pour l'enfant ? *Bull. Féd. Soc. Gyn. et Obst.*, 1962, n° 1, p. 37.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	11
CHAPITRE I. — Rappel succinct de la préparation psychophysique et de l'assistance en salle de travail	15
CHAPITRE II. — Statistiques de primipares de la clinique obstétricale du Professeur H. Pigeaud. Commentaires thérapeutiques et comparaison avec une statistique de clientèle privée	19
CHAPITRE III. — Le dégagement assisté au vacuum extractor	21
CHAPITRE IV. — L'épisiotomie unilatérale sous anesthésie locale	27
CHAPITRE V. — Le forceps sous anesthésie locale	35
CONCLUSIONS	37
BIBLIOGRAPHIE	39

